

$p < 0,01$, соответственно), а при открытом прикусе значимо выше, чем при нормальном резцовом перекрытии ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$, соответственно)

Выводы.

1. Среди долихоцефалов частота встречаемости дистального и глубокого прикуса выше, чем среди людей обоего пола, имеющих другие формы мозгового отдела черепа.

2. Существует взаимосвязь между параметрами лицевого отдела черепа и аномалиями прикуса у людей обоего пола в возрасте 17–24 лет.

Выявленные особенности цефалометрических показателей у людей обоего пола в возрасте 17–24 лет в зависимости от вида аномалий соотношения зубных дуг могут быть использованы на этапах диагностики аномалий прикуса, а также для моделирования эстетических результатов лечения зубочелюстных аномалий.

Литература:

1. Есиркепов, А. А. Особенности ортопедического лечения больных с дефектами средней зоны лица эктопротезами / А. А. Есиркепов // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 1–2. – С. 149–151.

2. Quantitative analysis of the maxilla and the mandible in hyper-and hypodivergent skeletal Class II pattern. / R. Nair [et al.] // Orthod. Craniofac. Res. – 2009. – № 12. – P. 9–13.

3. Shah, G. V. The study of cephalic index in student of Gujarat / G. V. Shah, H. R. Jadhav // J. Anat. Soc. India. – 2004. – № 53. – P. 25–26.

4. Хорошилкина, Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф. Я. Хорошилкина. – М. : Мед. информ. агентство, 2006. – С. 20–32.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО АРМИРОВАНИЯ ПРОДОЛЬНО-СКВОЗНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Мачкалян Э.Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Важной задачей клиницистов в целях достижения положительных результатов реставрации зубов с обширными дефектами их коронок является своевременное принятие адекватных мер в сочетании с лечебными действиями общей стоматологической практики (хирургии, терапии, ортопедии) [7]. В частности, к таким мероприятиям по подготовке зубов можно отнести: соответствующую медикаментозную обработку и заполнение корневых каналов [3, 6], оперативное лечение периодонта [1, 4, 12].

Перед применением штифтовой конструкции необходимо подготовить корневое основание зуба, непосредственно связывающееся с химическими

или фотохимическими композиционными структурами реставрации, а также откалибровать (расширить) на заданную величину корневой канал для последующей фиксации в ней осевой части конструкции [13, 18].

Кроме тотальной некрэктомии, как неотъемлемой подготовительной части реставрации [5], некоторые авторы предлагают дополнительно выравнивать реставрационную поверхность для усиления связи с композиционными элементами [9]. Так, В.Н. Копейкин считал, что основанию корня следует придавать уплощенную (ровную) форму, а прилежащим к нему стенкам – отвесную [8].

С данной концепцией в части выравнивания основания корня можно согласиться только в отношении однокорневых зубов, что же касается основания коронковой полости многокорневого зуба, особенно в области фуркации корней, на наш взгляд, не следует вообще препарировать, за исключением патологических изменений (размягчения), так как запас твердых тканей в этой области изначально минимален.

Толщина стенок калиброванного корневого канала, по нашему мнению, должна оптимально соответствовать размерам, позволяющим припасовать реставрационную конструкцию, и составлять не более $1/3$ величины диаметра поперечного сечения корня на уровне средней трети его длины, куда обычно протягивают корневую часть штифта. Такой подход обусловлен тем, что в пределах средней трети поперечного сечения корня находятся структуры слабоминерализованного околопульпарного дентина с большим количеством расширенных дентинных канальцев и дельтовидных ответвлений корневой полости зуба [11]. Однако некоторые специалисты в этом вопросе придерживаются величин 1,5 – 2 мм у основания корня зуба и 1 мм у его вершины [10]. В.Н. Копейкин на калибровку корневого канала отводил длину в 2 мм [5]. По нашему мнению, протяженность калибрования канала будет зависеть от клинко-анатомических особенностей зуба и в среднем должна составлять: для прямого канала $2/3$ – $3/4$ его длины, а для искривленного – соответствовать величине прямого доступа в канал до уровня, примыкающего к началу его кривизны, определяемого рентгенологически. Тем более что имеются данные об отсутствии прямой зависимости прочности штифтовой реставрации зуба от длины корневой части конструкции и допускают его расположение в пределах $1/2$ протяженности корневого канала [2].

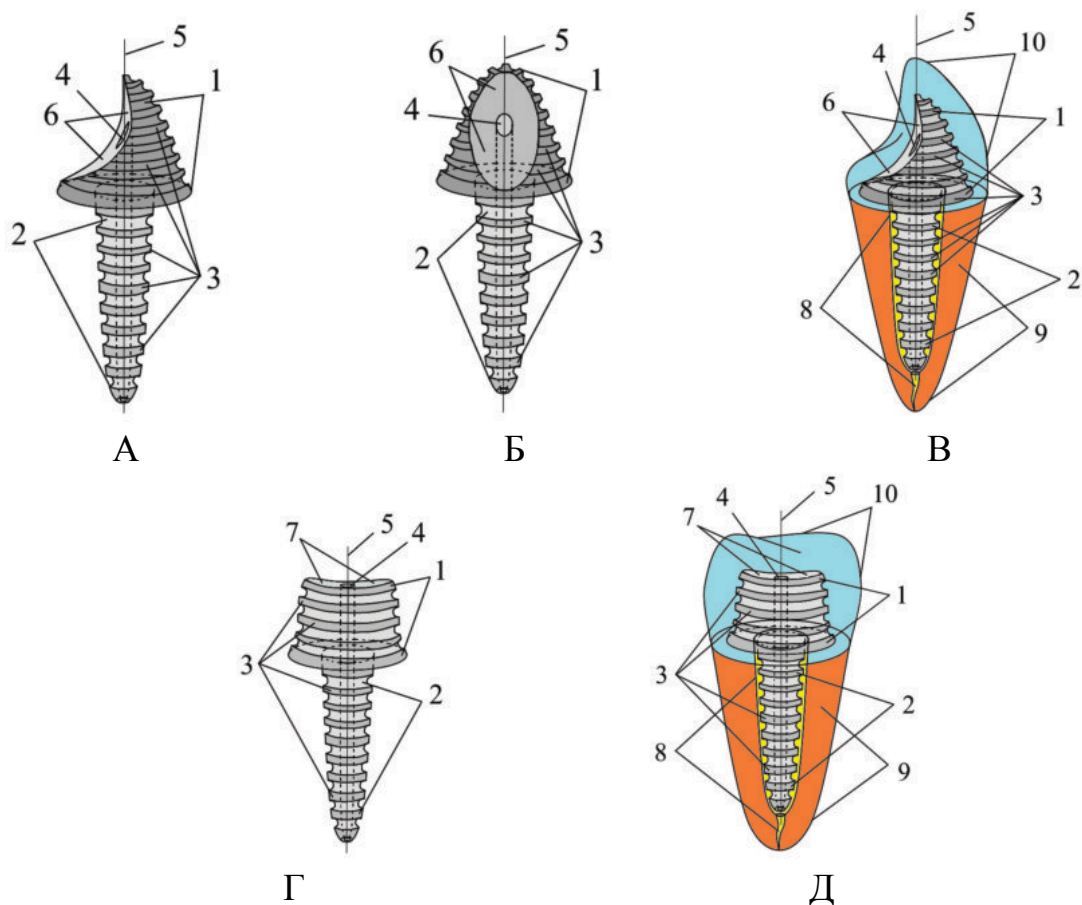
Важным аспектом подготовки корневого канала к эндодонтической штифтовой реставрации является форма калиброванного канала, которая чаще всего в поперечном сечении выглядит округлой, а в продольном – конической. Это в основном связано с тем, что при изготовлении конструкции методом литья восковая репродукция штифта конической формы легко извлекается из калиброванного канала.

Некоторые авторы считают, что штифт не должен иметь острых граней, ослабляющих стенки корня, а должен соответствовать форме его поперечного сечения [15]. Они утверждают, что параллельно-

цилиндрический штифт в 4,5 раза преобладает в ретенции по сравнению с цилиндроконическим штифтом [16], что параллельно-цилиндрические формы штифтов с ретенционными элементами на поверхности (зазубринами, нарезками) более устойчивы по сравнению с гладко-поверхностными [17].

Рассмотрим обстоятельство при которой может возникнуть острая необходимость в проведении срочной шифтовой реставрации коронки зуба, находящегося в длительном эндодонтическом лечении.

В таком случае ни одна из известных эндодонтических штифтовых конструкций не может быть использована, так как принцип их фиксации основан на полной obturation корневого канала зуба и прекращении его проходимости. В связи с этим нами была предложена стандартная эндодонтическая штифтовая конструкция [14], имеющая на всем протяжении внутренний сквозной канал, который после фиксации в полости зуба сохраняет проходимость его корня и обеспечивает проведение необходимого эндодонтического лечения без нарушения системы штифтовой реставрации коронки зуба (рисунок 1).



А, Б – изображение штифта для резцовой группы зубов в боковой и оральной проекции; В – схема расположения штифта в полости резцового зуба; Г – изображение штифта для однокорневого премоляра; Д – схема расположения штифта в однокорневом премоляре: 1 – коронковая часть штифта; 2 – корневая часть штифта; 3 – ретенционные элементы конструкции (нарезки); 4 – вход во внутренний канал штифта; 5 – продольная ось штифта, проходящая через сквозной канал; 6 – оральный скос; 7 – жевательный скос; 8 – корневой канал зуба; 9 – корень зуба; 10 – коронка зуба

Рисунок 1 – Штифтовые конструкции с продольно-сквозным каналом

Подытоживая вопрос подготовки зубов с обширными дефектами коронок к конструкционной эндодонтической реставрации, следует отметить, что сложно выработать какие-либо стандартные алгоритмы действий.

Основной принцип оказания стоматологической помощи будет зависеть от конкретных клинических обстоятельств и иметь строго индивидуальные подходы в комплексе с различными методами медицинского вмешательства.

Литература:

1. Арутюнов, Д. С. Профилактика осложнений при применении литых культевых штифтовых вкладок для фиксации металлокерамических протезов / Д. С. Арутюнов // Стоматология. – 1989. – № 4. – С. 44–48.

2. Арутюнов, С. Д. Математическое моделирование разрушенного зуба, реставрированного композиционным материалом с армирующим элементом / С. Д. Арутюнов, В. Н. Трезубов, С. С. Гаврюшин // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 86–91.

3. Боровский, Е. В. Внутриканальные штифты при подготовке зубов к реставрации коронковой части / Е. В. Боровский, И. И. Попова // Клиническая стоматология. – 2000. – № 2. – С. 32–34.

4. Гутьяр, С. Технология и клиническое применение нового гибридного композита Venus: высочайшая эстетика для прямого пломбирования с использованием композитов / С. Гутьяр, Н. Хольцмайер // Клин. стоматология. – 2003. – № 4. – С. 4–6.

5. Копейкин, В. Н. Ошибки в ортопедической стоматологии / В. Н. Копейкин. – Москва: Издательство «Триада-Х», 1998. – 176 с.

6. Лагутина, Н. Я. Влияние депульпирования на состояние твердых тканей зубов / Н. Я. Лагутина [и др.] // Стоматология. – 1990. – № 2. – С. 13–16.

7. Мачкалян, Э. Л. Комплексное лечение зубов, осложненных хроническим остеодеструктивным процессом периапикальных тканей / Э. Л. Мачкалян // Организация, профилактика, лечение и реабилитация в челюстно-лицевой хирургии: материалы III съезда челюстно-лицевых хирургов Респ. Беларусь / редкол.: О. П. Чудаков [и др.]. – Витебск, 2007. – С. 30–31.

8. Руководство по ортопедической стоматологии / В. Н. Копейкин [и др.]; под ред. В. Н. Копейкина. – М. : Медицина, 1993. – 496 с.

9. Саакян, Ш. Х. Непосредственные и отдаленные результаты применения культевых коронок / Ш. Х. Саакян // Стоматология. – 1984. – № 1(7). – С. 70–72.

10. Суркин, А. Ю. Литые культевые вкладки или стандартные штифты / А. Ю. Суркин // Дентал Юг. – 2005. – № 1(30). – С. 30–34.

11. Функциональные элементы зубочелюстной системы — основа ее полифункциональности / С. М. Будылина [и др.] // Рос. стоматол. журн. — 2000. — № 1. — С. 47–51.
12. Шаргородский, А. Г. Повреждения мягких тканей и костей лица / А. Г. Шаргородский, Н. М. Стефанцов. — Москва: ВУНМЦ, 2000. — 239 с.
13. Чудинов, К. В. Особенности восстановления корней фронтальной группы зубов, разрушенных ниже уровня десны цельнокерамическими конструкциями зубных протезов / К. В. Чудинов, А. А. Лавров // Институт стоматологии. — 2005. — № 1. — С. 48–49.
14. Эндодонтический штифт: пат. Респ. Беларусь 6181 / Э. Л. Мачкалян; С. А. Наумович. — Опубл. 30.04.2010.
15. Sorensen, J. A. Clinically significant factors in dowel design / J. A. Sorensen, J. T. Martinoff // J. Prosthet. Dent. — 1984. — № 52. — P. 28–35.
16. Swepston, J. H. The incompletely fractured tooth / J. H. Swepston, A. W. Miller // J. Prosthet. Dent. — 1986. — Vol. 55. — № 4. — P. 413–415.
17. Tamse, A. Iatrogenic vertical root fractures in endodontically treated teeth / A. Tamse // Endod. Dent. Traumatol. — 1988. — № 4. — P. 190–196.
18. Wilson, N. H. F. Current materials and techniques for direct restorations in posterior teeth. Part 2: Resin composite systems, Text / N. H. F. Wilson, S. M. Dunne, I. D. Gainsford // J. Int. Dent. — 1998. — № 47. — P. 185–193.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСКOLORИТОВ ДЕПУЛЬПИРОВАННЫХ ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ Г. ВИТЕБСКА

Новак Н.В.,¹ Байтус Н.А.²

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹
УО «Витебский государственный медицинский университет»²

Актуальность. Изменение цвета зуба, прошедшего эндодонтическое лечение остается важной и актуальной проблемой в стоматологии. Неадекватная инструментальная и медикаментозная обработка коронковой части канала, использование определенных лекарственных препаратов и материалов для пломбирования корневого канала, все это способствует изменению цвета девитального зуба [1]. Так как распространенность эндодонтической патологии у лиц 35 лет и старше имеет показатели выше 75%, проблема коррекции цвета депульпированного зуба — это проблема, с которой в настоящее время часто сталкиваются стоматологи, так как все большее число пациентов предъявляют высокие эстетические требования к окончательному результату лечения зубов [2, 3].

Цель. Изучить распространенность дисколоритов зубов после эндодонтического лечения у пациентов разных возрастных групп.